



**Medical Eligibility
Determination Services
(MEDS)**
PO Box 45531
Olympia WA 98504-5531

HealthyKidsNow!
HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

Số Điện Thoại Văn Phòng 1-360-725-1788	Ngày
Số Điện Thoại Miễn Phí 1-800-204-6429	TTY/TDD: 1-800-204-6430
Số ID Thân Chủ	
Cán Sự	Số Điện Thoại

Xin Chào Quý Vị Gia Nhập vào Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế Dành Cho Trẻ Em (CHIP)!

Những trẻ em có tên dưới đây đủ điều kiện trong các Dịch Vụ của chương trình CHIP:

(Nếu những chi tiết này sai, xin gọi số 1-800-204-6429.)

Những dịch vụ dành cho con em của quý vị là những lần khám trẻ khỏe, mua thuốc theo toa bác sĩ, chăm sóc trong bệnh viện, phòng thí nghiệm và các dịch vụ quang tuyến x, nha khoa, và về mắt. Trong tập sách *Hướng Dẫn của CHIP* cùng với thư này có danh sách về bổ túc những quyền lợi hoặc trong mạng lưới điện toán ở địa chỉ: <http://maa.dshs.wa.gov/CHIP/>.

Chương trình CHIP có đóng bảo phí. Nếu quý vị không muốn đóng bảo phí, xin gọi số 1-800-204-6429 hoặc điền vào phần mẫu tách rời ở phía dưới và *gởi đi* (có sẵn phong bì hồi báo cho quý vị trong thư này). Khi chúng tôi nhận được tin của quý vị, thì hồ sơ bảo hiểm CHIP của con em quý vị sẽ đóng lại. Nếu quý vị không gọi hoặc gởi lại vào phần mẫu tách rời ở phía dưới, thì quý vị sẽ nhận được hóa đơn bảo phí hàng tháng. Tiền bảo phí là \$10 một tháng cho mỗi trẻ với mức tối đa là \$30 cho mỗi gia đình. Trong tập *Hướng Dẫn của CHIP* có nói rõ thêm về việc đóng tiền copay và bảo phí.

Người Mỹ Da Đỏ và Thổ Dân Alaska (AI/AN) không phải đóng tiền bảo phí. Chúng tôi cần biết nếu con em của quý vị là AI/AN để chúng tôi không gởi hóa đơn đóng tiền bảo phí đến quý vị. Nếu con em của quý vị là AI/AN và quý vị không muốn ghi trong đơn của quý vị, xin gọi số 1-800-204-6429. Chúng tôi sẽ gởi đến quý vị một thư để quý vị có thể trình thư đó cho nơi chăm sóc biết rằng quý vị không phải trả tiền copay.

Nhớ điền và gởi lại mẫu ghi danh gia nhập chương trình CHIP cùng với thư này để cho biết quý vị muốn cho con em của quý vị được chăm sóc y tế thế nào. Nếu quý vị có thắc mắc, xin gọi số: 1-800-204-6429.

Tôi không đồng ý đóng bảo phí

Tên	Số ID Thân Chủ
Địa Chỉ	
Xin <u>đừng</u> ghi danh của con em tôi vào Chương Trình Y Tế Dành Cho Trẻ Em (CHIP). Tôi không muốn đóng bảo phí.	
Ký Tên	Ngày